Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-040
ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONVENIO		**FECHA: 07/Oct/2021**

FECHA PRESENTE ACTA	03/09/2025			
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO __X__			Nro.1963	DE FECHA: 03/05/2024
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE CONCURRENCIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTO DE BOYACÁ NRO. 58			
CONTRATISTA	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ			NIT:820003906-6
	JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR			CC:7127768
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO			CC:23810177
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	172.074.044,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 172.074.044,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024			
PRORROGA N° __1___	Tiempo:	TRES (3) MESES MAS	De Fecha:	11/12/2024
PRORROGA N° ___NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	DIEZ (10) MESES Y DIEZ (10) DIAS			
FECHA DE INICIACIÓN	06/05/2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA__	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2024			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	15/03/2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	06/05/2024 AL 15/03/2025			
RBPP N°	2024 00415 0013			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3508_AÑO: _2024_; "

Los suscritos, WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS, mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 4.208.570 de PAZ DE RIO, Delegado para la contratación mediante Decreto N° 093 de fecha 1 DE FEBRERO DE 2019 y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo al principio de buena fe, previsto en el articulo 83 Consitucional), por una parte y por la otra parte, JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR , mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. CC:7127768 quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO INTERVENTOR / SUPERVISOR , hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoria y/o supervision del contrato Nro.1963-2024 quien certifica que el mismo se efectuó de acuerdo a las especificaciones técnicas, económicas y demás condiciones estipuladas en el contrato para su ejecución, por tanto el suscrito interventor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

No.	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1	11/12/2014	TRES MESES MAS	$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASIÓN DEL CONVENIO

No.	FECHA	OBJETO	VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	CONTRATISTA
1			$ 0,00	$ 0,00	
2			$ 0,00	$ 0,00	
3			$ 0,00	$ 0,00	
TOTALES			$ 0,00	$ 0,00	

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 68.829.617,60
Sumatoria Amotizaciones	$ 68.829.617,60
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor Aporte Departamento	172.074.044,00	
Valor Aporte Contraparte	-	-
Amortización Anticipo		68.829.617,60
Valor a pagar de la presente acta		37.837.867,40
Valor Total actas pagadas Departamento		-
Valor ejecutado por la Contraparte		-
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		65.406.559,00
Saldo sin ejecutar Contraparte		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	$ 172.074.044,00	$ 172.074.044,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion-Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

Rendimientos Financieros (si los hubiere)	$ 0,00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 176869996726	DAVIVIENDA	AHORROS :	CORRIENTE : X

Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

CLAUSULAS: PRIMERA - PAZ Y SALVO: El contratista se declara a paz y salvo por todo concepto derivado del Contrato Interadministrativo Nro.1963 DE FECHA: 03/05/2024. SEGUNDA – MANIFESTACIÓN: las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia firman los que en ella intervinieron:

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ
CONTRATISTA
JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre: WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá Contratación REVISADO JUAN SEBASTIAN MUÑOZ PEÑA Fecha 03/09/2025

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion **Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor**

Gobernación de Boyacá | Contratación RADICADO SECCON- 1388 - 2025